FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N° 533

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1946

André-Robert LESEURRE

Né le 21 Octobre 1917 à Montargis (Loiret).

Sur une expérience de service ouvert pour psychopathes à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice

Président : M. JOANNON, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1946

André-Robert LESEURRE

Né le 21 Octobre 1917 à Montargis (Loiret).

Sur une expérience de service ouvert pour psychopathes à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice

Président : M. JOANNON, professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1947

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... **Léon BINET.**
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR..... **Jean VERNE.**

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.), CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Hydrologie thérapeutiqu et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), M^lle^ J. LEVY (*Pharmacologie*) OLIVIER (*Anatomie*)

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
	N... ff DEBEYRE
Anatomie patholog.	DELARUE.
	M^lle^ GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
Biochimie médicale	FASQUELLE.
	ETTORI.
	SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.
Histologie	COUJARD
	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
	DIGONNET.
	MAYER.
Obstétrique	SUREAU.
	VARANGOT.

	MM.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto - rhino - laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurg.	FEVRE.
	HUGIER.
	LEGER.
	MERLE D'AUBIGNE.
	PADOVANI.
	PATEL.
	ROUX.
	RUDLER.
	SICARD.
Pathologie expérim.	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET.
	CACHERA.
	DECOURT.
	DREYFUS (G.)
	FAUVERT.
	GARCIN.
	HAMBURGER.
	KOURILSKY.

	MM.
Pathologie médicale	LAMY.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MAURIC.
	SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE.
	MARIE (Julien)

	MM.
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch, d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE R

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*)

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	MM.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. - CHARGÉS DE COURS

Radiologie ..... LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A MA MERE

A qui je dois tant, faible témoignage de mon affection.

A MES FRERES

A MA FEMME

Qu'elle trouve ici le gage de mon profond amour.

A MONSIEUR CHARLES CLAUSSE, *in memoriam*

Hommage de mon affection et de toute ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARUK

Médecin-chef de la Maison Nationale de Santé de St-Maurice.

Qui eut pour nous une très grande sollicitude et dont l'enseignement clair et plein de flamme fut notre admiration. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a éclairé de ses conseils.

En témoignage de notre respectueuse et sincère gratitude.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOANNON

Professeur d'Hygiène et Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur G. DESBOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Caen.

In memoriam

A son souvenir est lié un sentiment de profonde gratitude pour l'affectueuse sollicitude dont il nous a toujours entouré au cours de nos premières années d'études.

A Monsieur le Docteur REYNAUD

Médecin-Directeur de l'Etablissement Psychothérapique du Loiret.

En hommage à l'accueil bienveillant qu'il a bien voulu nous réserver lors de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Docteur GENIL-PERRIN

Médecin-Directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Qui nous a communiqué tous documents relatifs au service qu'il dirige avec sa haute compétence. Qu'il en soit remercié ici.

A mes Maîtres de l'Hôpital de CAEN

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de PARIS

Rappel historique
sur les Services Ouverts

Ce n'est qu'au début du XIX[e] siècle, sous l'impulsion, d'abord de PINEL, puis d'ESQUIROL, les deux premiers aliénistes français ayant véritablement notion de la curabilité de l'aliéné grâce à une assistance médicale et scientifique, que la législation française, en matière d'assistance et de régime des aliénés, a pris naissance sous la forme de la loi du 30 juin 1838.

Dans l'antiquité, la folie a été connue et décrite chez les peuples les plus anciens (Egyptiens), mais on la considérait comme une manifestation divine ; l'aliéné est, soit un ami des dieux, soit un possédé des divinités infernales.

Déjà dans la civilisation mosaïque, on note l'existence d'une véritable hygiène mentale ; on y montre l'influence sur la sphère psychique d'un *modus vivendi* contraire à certaines règles établies ; des conditions défectueuses telles que mauvaise alimentation, fatigue, surmenage, aussi bien que vie morale déréglée, sont à l'origine de l'aliénation mentale, contre laquelle on applique déjà certains principes de psychothérapie.

A Hippocrate revient le mérite d'avoir le premier identifié la folie comme une véritable maladie que l'on pouvait guérir par des moyens médicaux et non des pratiques médico-religieuses usitées jusque là ; il avait même étudié un certain nombre de variétés cliniques. En cela, il est véritablement le père de la Médecine mentale.

Par la suite, on retrouve notion de l'aliéné et de son assistance chez quelques auteurs grecs et romains (Hérophile, Celse, Coelius, Aurelianus, Galien...). Le droit romain reconnaissait l'irresponsabilité et l'incapacité de l'aliéné ; certaines dispositions étaient prévues pour garantir ses intérêts pécuniaires ou gérer provisoirement ses biens et de même pour accorder l'irresponsabilité à l'inconscient auteur d'actes délictueux. Par contre, il ne semble pas que l'on se soit beaucoup préoccupé de son assistance et de sa protection : ou bien, lorsqu'il présentait des manifestations dangereuses, il était incarcéré dans des prisons ; parfois il pouvait être recueilli par des organisations charitables dont on a pu connaître l'existence sous Justinien.

A la fin du Moyen-Age, on revient aux vieilles superstitions primitives et l'aliéné est souvent considéré comme un possédé du démon ou un adepte des pratiques de magie ou sorcellerie et comme tel a pu être parfois jugé et condamné aux pires supplices.

Mais même lorsqu'on reconnaissait la qualité de malade aux « insensés » leur traitement ne consistait guère qu'en des manœuvres d'exorcisme ou plus

simplement, la société les laissait, ou bien en liberté en butte aux risées et aux farces de la populace, ou bien, lorsqu'ils se révélaient trop dangereux pour l'ordre public, elle les enfermait dans des prisons en butte aux mauvais traitements des gardiens.

Ainsi écrivait ESQUIROL (1) : « On ne sait trop ce que devenaient les aliénés ; il est vraisemblable qu'il en périssait un très grand nombre. Les plus furieux étaient enfermés dans les cachots, les autres dans les couvents, ou les donjons lorsqu'ils n'étaient point brûlés comme sorciers ou possédés du démon ; les plus tranquilles erraient librement dans les campagnes, abandonnés, comme ils le sont aujourd'hui dans quelques contrées, aux injures, à la pitié ou à la vénération de leurs concitoyens. »

Il semble que le premier établissement spécialement réservé à l'hébergement et au traitement des aliénés ait été fondé au XV^e^ siècle à Valence, en Espagne, par les religieux de l'ordre militaire de la Merci.

A partir du XVI^e^ siècle, ce sont seulement des congrégations charitables qui créent et gèrent quelques établissements réservés aux aliénés ; ainsi existait à Marseille l'hospice d'incurables de Saint-Lazare ; également à Avignon, les Pénitents noirs de la Miséricorde fondent un établissement célèbre dans les annales de l'Assistance aux aliénés ; de même dans le Nord, les Frères du Tiers Ordre de Saint-François se consacrent au soulagement des insensés par hospitalisation et même assistance à domicile.

(1) ESQUIROL : **Maladies mentales.**

Nous devons signaler que les Frères Saint-Jean de Dieu créèrent aussi un certain nombre d'établissements charitables, en Espagne d'abord, puis en France ; quelques-uns se consacrèrent par la suite en partie ou entièrement au soulagement des aliénés : en particulier la Maison de Charenton, fondée en 1641, se spécialisa peu à peu dans l'Assistance aux aliénés. Ainsi que le rapporte Esquirol (1) : « dans cet établissement si incomplet, quoique dans une situation si admirable, on consultait plutôt la sûreté publique que le devoir de guérir les malades ; on ne tentait jamais sur eux aucun traitement rationnel ; les soins que l'on donnait à ces malheureux se bornaient à leur rendre la vie aussi supportable et aussi douce que le comportait leur état : c'était beaucoup sans doute pour un temps où les fous étaient regardés comme incurables, et étaient si mal soignés partout ailleurs. »

Il n'en est pas moins vrai que, considérée dans le cadre de l'époque, l'œuvre apportée par la congrégation de l'Ordre des Frères de Saint-Jean de Dieu fut assez remarquable ; à tel point que, lors de l'inspection détaillée de l'établissement par une commission envoyée par l'Assemblée Nationale en décembre 1790, le rapport fourni par cette commission fut extrêmement favorable ; il nous rapporte que les aliénés étaient traités avec douceur et humanité ; ils étaient bien classés dans un certain nombre de pavillons suivant leur état et les malades calmes jouissaient de la plus grande liberté compatible avec

(1) Esquirol : Maladies mentales.

leur état, les religieux leur facilitant distractions et promenades.

En dépit de ce témoignage favorable, la Maison de Charenton fut supprimée et ses biens acquis à la Nation, comme ce fut le cas à l'époque à l'égard de la plupart des congrégations religieuses.

C'est en juin 1797 que le Directoire ordonna la réouverture de la Maison de Charenton qui devait à nouveau se consacrer « au traitement de la folie », devenant en même temps Maison Nationale.

A partir de 1660, les pouvoirs publics prennent une disposition officielle pour le traitement des aliénés dans un hôpital : une ordonnance du Parlement à cette date ordonne de réserver quelques salles à l'Hôtel Dieu en vue du traitement de ceux qui étaient considérés comme curables ; encore ne leur réservait-on guère que des lits à trois ou quatre personnes et en petit nombre ; de plus, ceux qui ne guérissaient pas assez vite étaient ensuite dirigés sur Bicêtre, les Petites Maisons, ou la Salpêtrière ; mais dans ces établissements pourtant spécialisés, il n'était plus guère possible de penser à un traitement vraiment médical ; les insensés étaient recueillis comme des prisonniers ou des êtres dangereux et comme tels étaient entassés dans des cachots ou des cabanons, le plus souvent attachés ; de toutes façons, ils étaient dans les plus mauvaises conditions d'hygiène et de promiscuité, ces établissements, du fait de leur petit nombre, étant toujours encombrés. Aussi comment pouvait-on, comme l'écrivait Tenon, « traiter des aliénés dans des lits où l'on couche trois ou quatre

furieux qui se pressent, s'agitent, se battent, qu'on garotte, qu'on contrarie, dans des salles infiniment resserrées à quatre rangs de lits » ?

Quant à la protection des biens des aliénés, rien n'était prévu et si par hasard le malade, après une période plus ou moins longue durant laquelle il s'était trouvé dans l'impossibilité d'assurer le contrôle de son patrimoine, se trouvait brusquement guéri, le malheureux était souvent sûr de trouver ses biens dilapidés ou passés dans d'autres mains ; à moins que sa famille, trop intéressée à la conservation du patrimoine dont elle avait frustré son malade, ne le fasse maintenir dans son internement (ou plus exactement son emprisonnement) sous le prétexte inadmissible d'une récidive certaine, ou d'une guérison non confirmée. Quant à l'internement arbitraire, inutile de rappeler combien il était fréquent ; mais qui s'en serait ému à une époque où la lettre de cachet, mesure comparable, était un moyen commode de se débarrasser d'un gêneur ?

1792 voit donner le signal retentissant de la réforme du régime des aliénés au moment où Pinel vient d'être nommé médecin-chef de Bicêtre. L'une de ses premières mesures fut d'obtenir que l'on supprimât les chaînes dont étaient chargés les fous furieux. Ce fut à la suite d'une visite faite par Couthon, alors membre de la Commune, à l'hospice de Bicêtre, visite que Pinel avait d'ailleurs lui-même provoquée. Prenant la responsabilité des conséquences d'un tel changement dans de si vieilles pratiques, il obtient de Couthon qu'on lui laisse toute

initiative, en particulier celle de supprimer les chaînes de tous les aliénés. « J'ai la conviction, dit-il, que les aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté et j'ose espérer beaucoup de moyens tout différents. » La cause des aliénés est gagnée (1). « Maître désormais de ses actions, PINEL intelligemment aidé dans son œuvre immense par son surveillant Pussin, brise les chaînes des aliénés qui lui étaient confiés, et, suivant l'expression consacrée, les élève à la « dignité de malades ».

Il faut signaler que vers la même époque, TUKE, en Angleterre, fit également une réforme dans le même sens à laquelle SEMELAIGNE a rendu hommage dans son livre *Les Pinel et les Tuke*.

Mais PINEL, à lui seul, n'eût pu faire triompher ses idées, malgré son œuvre importante, si quelques années plus tard, un autre aliéniste remarquable, ESQUIROL, n'eût ameuté les pouvoirs publics dans différents mémoires et ouvrages dans lesquels il réclamait les améliorations et les réformes à apporter dans l'assistance aux aliénés (2). « Ceux pour lesquels je réclame sont les membres les plus intéressants de la société, presque toujours victimes des préjugés, de l'injustice et de l'ingratitude de leurs semblables et cependant ces mêmes individus qui devraient attirer sur eux un intérêt tout particulier, ces infor-

(1) Mme LACROIX-DUPOUY : Les services ouverts dans les asiles (thèse 1926).

(2) ESQUIROL. — Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer. (Mémoire présenté au Ministre de l'Intérieur en septembre 1818.)

tunés qui éprouvent la plus redoutable des misères humaines sont plus maltraités que des criminels, et réduits à une condition pire que celle des animaux. »

Esquirol fut enfin entendu, si bien qu'il eût la satisfaction de voir promulguer, le 30 juin 1838, la loi sur le régime des aliénés ; ceux-ci devaient enfin avoir dans chaque département un établissement spécialement destiné à leur hébergement et leur traitement : par ailleurs, des dispositions intervenaient en vue d'assurer la protection de leurs biens durant leur maladie, et également de sauvegarder la liberté individuelle pour empêcher les séquestrations arbitraires.

Nous ne ferons pas ici l'éloge de la loi de 1838 qui, considérée dans le cadre de son époque, fut une révolution bienfaisante pour ceux à qui elle était destinée. Elle eut le mérite de créer des hôpitaux destinés à se consacrer au traitement de maladies spéciales que sont les maladies mentales et nécessitant dans ce but des établissements appropriés aux locaux vastes et variés dans un cadre aussi large que possible.

Ces maladies évoluant en général très lentement comportent de ce fait des traitements longs et suivis après une observation préalable qui, pour être rigoureuse, réclame des interrogatoires minutieux et répétés.

Ces malades dans leur comportement sont susceptibles d'avoir parfois, et à des moments variés, des réactions dangereuses tant pour eux-mêmes que pour leur entourage de malades ou de personnel, et de ce

fait ils nécessitent une surveillance spéciale facilitée par une disposition de locaux appropriés.

En outre, ces malades étant incapables de se défendre eux-mêmes ou dans leurs biens, la loi intervient efficacement pour les protéger tant en évitant les mesures de séquestration arbitraire ou les mauvais traitements qu'ils seraient susceptibles de subir de la part de leur entourage, qu'en empêchant la dilapidation des biens que le malade est incapable de gérer.

Mais la vétusté actuelle de la loi, souvent sa mauvaise application, et ses lacunes en face des progrès faits par la psychiâtrie scientifique moderne, font que la loi de 1838 n'est pas exempte de critiques et de ce fait un grand mouvement s'est développé depuis plus de trente ans en vue d'une profonde réforme dans un sens surtout plus médical. En ce qui concerne les mauvaises applications de la loi, rien n'est plus facile d'y remédier et d'ailleurs une circulaire du Ministère de la Santé Publique, rédigée par une commission de médecins composée de MM. X. Abely, H. Baruk, Filasier et Hamel, sous la présidence de M. Bezimbra, et parue au *Journal Officiel* en date du 8 décembre 1938, rappelle qu'il y a lieu de généraliser le mode de placement volontaire gratuit dont l'intérêt thérapeutique n'échappe à personne alors que les hôpitaux civils et militaires en particulier ont trop souvent tendance à effectuer des placements d'office lors des transferts par pure paresse administrative.

La circulaire de 1938 rappelle également que, si la notification de l'internement au préfet et au procureur était légale, les enquêtes à domicile par l'intermédiaire de fonctionnaires peu qualifiés ou maladroits, ne sont pas nécessaires dans tous les cas et que si celles-ci sont indiquées elles doivent être faites par des personnes qualifiées telles qu'assistantes sociales, avec tout le tact et la discrétion indispensables ; nous avons vu à ce sujet encore tout récemment combien la menace de ces enquêtes à domicile (surtout trop généralisées en province) pouvaient avoir des conséquences déplorables, alors que le malade, que l'on devait interner pour désintoxication d'héroïnomanie, était un médecin.

En outre, les règlements figurant dans la loi de 1838 concernant l'administration des biens des aliénés et le curateur à la personne sont tombés en désuétude, au détriment des intérêts non seulement matériels, mais aussi psychologiques et moraux des malades. Il y aurait donc lieu de revenir à une plus stricte application de la loi.

Malheureusement cette circulaire de 1938 même est encore très mal appliquée, notamment en province où les enquêtes à domicile continuent comme par le passé, de même que l'abus des placements d'office et les déficiences dans l'administration des biens, faits sur lesquels le Dr H. Baruk vient d'insister dans un travail récent (1).

---

(1) Quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838 et les services libres par Henri Baruk. (*Annales Médico-Psychologiques,* octobre 1945.)

En deuxième lieu, la loi de 1838 présente un certain nombre de lacunes auxquelles il serait nécessaire de remédier. Ainsi elle n'a pris aucune disposition dans le cas où la famille du malade est carente, déficiente ou indigne ; il est alors difficile de faire effectuer un placement volontaire et, dans tous les cas, on se heurte à de grosses difficultés pour effectuer la sortie dès qu'elle est indiquée. Enfin, lors de l'internement, le malade se trouve isolé, délaissé, sans que des visites puissent apporter un réconfort à sa grande détresse qu'il ne peut arriver à surmonter.

Nous avons vu, par ailleurs, que, assez fréquemment, lorsque le malade est non seulement aliéné, mais aussi interdit, on se heurte à la mauvaise volonté d'un tuteur qui a seul qualité pour demander sa sortie. Une telle disposition peut favoriser les séquestrations arbitraires et il y a une réforme importante à faire en vue de la refonte complète de l'interdiction.

La circulaire du 8 décembre 1938 devait être complétée par une série de réformes plus étendues dont un projet de loi avait été adopté par la Chambre des Députés ; en raison des circonstances de cette guerre, il n'a malheureusement pas été ratifié par le Sénat et a été abandonné depuis.

Enfin la loi de 1838 ne tient aucun compte d'une certaine catégorie de malades fort intéressante, à savoir ceux que l'on pourrait appeler les psychopathes légers présentant des troubles atténués ne justifiant pas l'internement, mais difficiles à traiter

dans leur milieu familial non plus que dans un hôpital ordinaire non spécialisé. Tels sont les malades atteints de névroses diverses (obsédés, asthéniques, épileptiques), de réactions nerveuses au cours de maladies neurologiques ou purement médicales (sclérose en plaques), tels certains vieillards aux facultés affaiblies.

Par ailleurs, une autre catégorie de psychohathes est également intéressante pour lesquels l'asile ne convient pas ou ne convient plus, nous voulons dire les malades mentaux au stade de début dont les troubles ne justifient pas le séjour à l'asile, mais qui, traités chez eux par des médecins non spécialisés, voient leur maladie évoluer rapidement et sont conduits directement vers l'internement brutal, cause souvent d'une aggravation de leur délire. « Ainsi nous assistons à ce paradoxe étrange : pendant toute la période où le malade réclame des soins et où la thérapeutique peut être efficace, personne ne s'occupe de lui, et le malheureux ne peut trouver aucune aide ni dans les hôpitaux, ni dans les asiles. C'est au moment où le malade est devenu un aliéné, un étranger au monde extérieur, au moment où il s'oppose à tous les soins, qu'on commence à s'occuper de lui pour l'interner. » (1)

Egalement certains aliénés internés qui évoluent favorablement vers la guérison verraient accélérer cette dernière par la suppression de leur internement

(1) H. BARUK. — La question des services ouverts et l'évolution de la psychiatrie médicale.

alors même que le retour à la vie familiale et normale n'est pas encore indiqué.

C'est en faveur de ces catégories de malades qui, en général, conservent une lucidité à peu près complète, qu'est intervenue, depuis la fin du siècle dernier, la notion de « service ouvert », question qui sera surtout le sujet de notre étude.

Comme nous l'avons dit plus haut, cette notion n'est pas une idée nouvelle ; on peut même dire qu'elle existait avant l'apparition de l'expression de « service libre ». Des psychopathes ont de tout temps été admis dans certains hôpitaux, notamment à l'Hôtel Dieu de Paris, et cela même avant l'application de la loi de 1838 comme nous l'avons rappelé plus haut.

Mais les soins qui leur étaient donnés étaient assez illusoires dans ces établissements qui formaient plutôt des sortes de dépôts d'où les malades sortaient librement s'ils avaient la chance de guérir spontanément en peu de temps; sinon au bout de quelques semaines ou même quelques jours, ils étaient expédiés dans des maisons de force telles que Charenton, Bicêtre, La Salpêtrière.

Le service pour psychopathes de l'Hôtel Dieu n'a pas cessé d'exister depuis, et a fonctionné sous l'égide de médecins des hôpitaux, successivement Brissaud, Gilbert Ballet, le professeur Roger.

D'autres services analogues ont fonctionné et fonctionnent encore dans les hôpitaux de Paris et province, tels : les services du Dr Crouzon à la Salpêtrière, du prof. Laignel-Lavastine à Laënnec, puis à

la Pitié, du Prof. H. Claude à l'Hôpital Saint-Antoine, du Prof. Régis à Bordeaux.

Mais ces services ont l'inconvénient de rester un peu trop en dehors du cadre de la psychiâtrie, et surtout ils sont souvent relégués dans des locaux inadaptés à un traitement rationnel ; ainsi on est souvent obligé de les maintenir attachés, ce que l'on pourrait éviter de faire dans un service adapté à ce genre de malades qui, sans être dangereux, ont besoin d'une surveillance assidue, laquelle éviterait des moyens de contention toujours déplorables en pareil cas ; mêmes remarques peuvent être faites au sujet de l'utilisation des cellules dans lesquelles on relègue à longueur de journées des malades tant soit peu gênants dans leur comportement.

Pour ces malades à qui nous voulons éviter l'internement, il faut des services spéciaux à petits pavillons multiples où ils jouiront de l'air, de la campagne sous la direction de médecins résidents spécialisés ; ils y trouveront des occupations en rapport avec leurs aptitudes ou les nécessités de leur réadaptation, si le travail est un dérivatif plus propre à les guérir que la cure de repos intégral.

C'est en 1894 que le premier, à notre connaissance, le Dr Toulouse proposa la transformation des asiles en hôpitaux ouverts : « Il y a une masse importante de séquestrés dont le séjour dans nos établissements d'aliénés n'est pas nécessaire et crée des obstacles à une transformation des asiles dans le sens d'hôpitaux ouverts. Il est donc nécessaire de rechercher de nouveaux modes d'assistance dont on fera bénéficier

tous ceux dont la séquestration dans les maisons actuelles n'est pas rendue nécessaire par la violence de leur délire, par le danger qu'ils courent ou qu'ils font courir aux autres. » (1)

D'autres médecins, par la suite, appuyèrent ces idées tels MM. Antheaume et Dupré qui cherchent à différencier l'aliéné, malade d'asile, du psychopathe, malade de service ouvert, et en 1914, au cours de la discussion à l'Académie de Médecine d'un projet de loi rapporté par M. Paul Strauss, Gilbert Ballet demande que soient internés uniquement les malades dangereux.

Mais c'est seulement en 1913 que naquit la première réalisation de « service ouvert » ; c'est au Dr Raynaud qu'en revient le mérite, lorsqu'il obtint de faire appeler l'asile de Fleury-les-Aubrais « Etablissement Psychothérapique du Loiret ». Il avait demandé l'affectation de deux pavillons dits pour épileptiques et neurasthéniques à des malades de régime commun admis en cure libre où il reçut seulement des pensionnaires (il était trop prématuré de parler des indigents) mais en assez petite quantité ; un peu plus tard, en raison des circonstances exceptionnelles de la guerre et devant l'affluence des aliénés évacués et de la création de pavillons de psychiatrie militaire, il fut autorisé à mélanger les malades de cure libre avec les autres aliénés ; mais à la fin de la guerre, cette opposition avec le règle-

(1) Dr Toulouse : *Les causes de la Folie.*

ment entraîna la cessation du mode de traitement en cure libre.

A la même époque, d'autres services furent créés suivant le même principe ; il s'agissait alors seulement d'établissements destinés uniquement aux militaires tel le pavillon militaire annexé à l'asile de Saint-Gemmes qui fonctionna durant toute la guerre de 1914-1918 sous la direction du Dr J. Baruk.

Nous devons également signaler qu'en 1913, le professeur Raviart organisa à la clinique d'Esquermes à Lille, un service d'observation mentale qui reçoit des pensionnaires sans formalités.

Finalement, peu après la guerre et malgré de nombreuses résistances, la conception des services libres triompha, bien que jusqu'à maintenant, les réalisations ne soient pas encore généralisées, n'ayant pas pour cela l'appui d'une nouvelle loi qui serait réalisée dans le cadre d'un rajeunissement ou mieux d'une rénovation de la loi de 1838.

Donc un véritable « service ouvert », dans un asile d'aliénés, recevant tous les malades (y compris les indigents) sans formalités légales était toujours à créer, ce fut l'œuvre du Dr Toulouse. Ce service ouvert était une innovation formelle dans l'assistance des aliénés, du fait qu'elle répondait à trois conditions :

1° Aucune formalité d'admission autre que celles exigées dans un hôpital ordinaire.

2° Admission de tous les malades comprenant deux catégories :

a) les malades atteints de tout état psychopathique ne nécessitant pas l'internement au sens de la loi de 1838.

b) les malades suspects de troubles mentaux pouvant nécessiter l'internement mais seulement après une observation approfondie.

3° Création dans un asile d'aliénés, dénommé « Service de Prophylaxie Mentale ». Il fut ouvert le 1er juin 1922 sous la direction de son fondateur, le Dr Toulouse ; puis il devint « l'hôpital Henri-Rousselle » en hommage au rapporteur au Conseil Général de la Seine du service dont il avait obtenu la création.

Finalement après cette initiative d'autres « services ouverts » furent créés à Paris, tel celui de la clinique des maladies mentales de la Faculté du professeur H. Claude, et en province, tels ceux du Bon Sauveur, de Saint-Lô de Stephansfeld, de la Providence à Niort, de Sainte-Anne à Mont-de-Marsan, de l'hospice de Montauban, de l'hospice de Morlaix, de l'asile de Maréville, etc...

Enfin, celui de la Maison Nationale de Saint-Maurice, fondé en 1935 par le Dr H. Baruk.

De l'activité et des résultats du fonctionnement d'un service libre, on nous permettra d'en faire le bilan dans ce prochain chapitre en prenant comme exemple le service libre de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice ; celui-ci fonctionna du 1er mai 1935 au 14 juin 1940 sous la direction de

notre maître le Dr H. Baruk qui nous a communiqué tous documents et renseignements relatifs à cette période durant laquelle nous n'avions pas encore l'honneur d'être son interne.

Le Service Ouvert de la Maison Nationale de Santé de St-Maurice

Nous rappellerons brièvement d'abord l'historique de la création du service ouvert annexé à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.

Dans une lettre adressée au Ministre de la Santé Publique, au cours de l'année 1932, en réponse à un questionnaire adressé à tous les médecins d'asile au sujet des services ouverts, notre maître, le Dr BARUK, exposait sa conception de la réorganisation de l'assistance psychiatrique ; il proposait la nécessité de réunir dans une sorte de symbiose nécessaire au bon fonctionnement d'un mode d'assistance psychiatrique trois services différents sous l'autorité du même médecin spécialisé : la consultation externe, le service libre et le service fermé (1).

Le Dr TROUVÉ, alors médecin directeur de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, résolut, en accord avec le Dr BARUK, de mettre en appli-

---

(1) H. BARUK. — La question des services ouverts et l'évolution de la psychiatrie médicale. (Extrait de l'*Aliéniste Français*, février 1933.)

cation les données exposées dans cette lettre en créant un petit service libre dans l'établissement.

Il suffisait, pour cela, d'affecter à ce service, un petit pavillon situé à l'extrémité du service des hommes, pouvant communiquer directement avec le grand parc de l'établissement et situé à proximité de l'entrée secondaire ouverte sur la rue du Val-d'Osne. Par conséquent, il pouvait être complètement séparé du reste de l'établissement. De plus, sa situation agréable, dominant une vue très large sur la vallée de la Marne, sa belle exposition vers le Midi, l'heureuse distribution des locaux intérieurs permettaient sans grands frais de l'adapter au fonctionnement d'un petit service libre.

Le médecin-directeur soumit ces propositions au ministère et, grâce à l'intervention bienveillante du docteur Julien Raynier, alors inspecteur général des services administratifs, la création du « service ouvert » de la Maison Nationale de Saint-Maurice fut décidée.

Dans ce but le règlement suivant fut adopté par la Commission Administrative :

RÈGLEMENT

1° Il est ouvert, à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, un service libre pour les maladies mentales ;

2° Ce service comprend sept places réglementaires pour malades du sexe masculin ;

3° Il sera dans les attributions réglementaires du médecin-chef du service des hommes de l'établissement, issu du concours des asiles ;

4° Ce service est complètement séparé des services des aliénés et présente une entrée spéciale sur le parc ;

5° Les conditions d'entrée et de sortie seront identiques à celles d'un service d'hôpital ordinaire : l'admission et la sortie des malades devra être signée du médecin-chef de service ;

Le malade doit consentir à son hospitalisation, ne doit pas élever de protestations contre son maintien en traitement, et pouvoir sortir sur sa demande.

6° Toutefois, le médecin-chef du service libre a la charge de proposer ou de provoquer l'internement chaque fois que l'état du malade le rend justiciable des mesures de protection de la loi de 1838 ;

7° Durant leur séjour dans le service, les malades devront se conformer aux conditions de repos et aux prescriptions médicales. L'entrée des boissons alcoolisées est formellement interdite ;

8° Le prix de la pension est de 40 francs par jour. La pension est payable par quinzaine d'avance.

Les locaux s'adaptaient fort bien à un service libre et comportaient :

— 4 grandes chambres à plusieurs lits vastes et clairs avec lavabos.

— 4 chambres plus petites à un seul lit.

— 1 salle à manger assez vaste.

— Cuisine et petites dépendances dont W.-C.

Toutes pièces donnant d'une part sur le grand parc, par grandes fenêtres, et donnant par ailleurs accès vers l'intérieur sur une grande cour fermée

aménagée en jardin fort agréable et fort bien exposée vers le midi, découvrant une large vue de flanc de coteau vers la vallée de la Marne.

Séparé du service fermé, ce pavillon avait sortie distincte vers le grand parc tout près de l'entrée de l'établissement au N° 12 de la rue du Val-d'Osne.

Le service était entièrement libre et les malades avaient la possibilité de franchir la porte toujours ouverte du service pour se promener dans le grand parc ou, au contraire, organiser à l'intérieur leurs distractions ou se reposer ; ils ne subissaient aucune contrainte autre que la présence obligatoire à la visite du matin et les prescriptions médicales du médecin traitant. Ils pouvaient sortir de l'établissement avec une permission signée du médecin-chef.

Dénommé d'abord pavillon Ch.-Foix, le service ouvert de la Maison Nationale de Saint-Maurice prit par la suite le nom de pavillon Julien-Raynier en hommage à l'éminent inspecteur général qui avait d'ailleurs lui-même contribué à sa création.

Le principe essentiel du service ouvert de Saint-Maurice comportait qu'il n'était ni un « service de triage » ni un « service de malades aigus », mais un *service limité de traitement* pour des psychopathes qui ne trouvent leur place ni à l'asile ni dans les hôpitaux et ne peuvent être soignés chez eux.

Il en résultait la nécessité d'une sélection aussi rigoureuse que possible à l'entrée et nous verrons plus loin le rôle, dans cette sélection, de la consultation externe qui, en fait, assurait la plus grande partie du recrutement des malades.

En outre, un certain nombre de malades entraient au service comme convalescents sortant du service fermé, lorsque ces malades ayant recouvré leur lucidité, et étant devenus calmes, il s'avérait encore utile de les conserver dans un milieu de calme, de repos, de réadaptation qui accélérait leur guérison complète.

Il était bien évident que dans un service ainsi conçu pour le traitement de tels psychopathes on ne pouvait admettre des malades dont les troubles mentaux trop importants, se manifestant par de l'agitation, un délire bruyant, n'auraient pu que troubler l'atmosphère favorable au traitement des autres malades. Même dans le cas où l'on pouvait prévoir pour ces malades une guérison à plus ou moins longue échéance, ils devaient être internés directement sans recourir d'abord au « service libre souricière ».

En ce qui concerne les formalités d'entrée ou de sortie, elles se font sans autres formalités que celles exigées dans un hôpital ordinaire. Seul le paiement des frais d'hospitalisation empêchait de faire bénéficier les malades indigents de la cure libre étant donné le caractère de pensionnat de la Maison Nationale.

Le Pavillon Raynier, ouvert le 1er mai 1935, a fonctionné durant 5 ans, mais a dû être fermé en avril 1940 par suite de la mobilisation du médecin-chef ; à son retour, il n'a pu être réouvert d'autant plus que ses bâtiments sont fort utiles à l'usage de certains aliénés qui n'ont pas leur place dans les

autres pavillons surchargés et mal adaptés à la répartition d'un si grand nombre de malades.

Dès avant la guerre, un projet avait été élaboré pour la construction d'un nouveau bâtiment qui serait spécialement affecté au service ouvert. Les plans sont prêts et n'attendent plus pour leur réalisation que l'agrément des autorités et les possibilités matérielles de construction.

Durant ces cinq ans, ont été hospitalisés 170 malades sur lesquels nous n'avons pu malheureusement retrouver que 138 observations ; pour les autres ou bien elles furent égarées en raison des circonstances, ou elles sont insuffisantes pour établir une statistique exacte.

Comment ces malades entraient-ils dans le service ?

Le plus souvent, ils ont été vus d'abord à la consultation externe, soit qu'ils aient été envoyés par des confrères des hôpitaux ou d'autres médecins, soit qu'ils soient venus d'eux-mêmes ; celle-ci avait lieu les mardi et samedi matin de chaque semaine ; rien n'était plus facile d'autant que les cas envisagés ne présentaient jamais un caractère d'urgence comme cela peut se présenter pour des malades agités. Dans un certain nombre de cas, ces malades avaient déjà été vus plusieurs fois ou même étaient suivis à la consultation externe depuis de nombreux mois.

Cette facilité de pouvoir examiner attentivement chaque cas favorisait la sélection à l'entrée. Parfois même un malade de la consultation externe pouvait n'être admis que temporairement dans le service en

vue d'une observation plus approfondie, d'un examen spécial à faire (ponction lombaire ou autre) et suivant le cas, on instituait son traitement en cure libre, ou bien le malade rentrait chez lui avec des indications thérapeutiques et diététiques précises, ou bien il était envoyé pour un séjour de repos à la campagne lorsque celui-ci était jugé plus opportun.

De cette façon on a pu éviter dans la mesure du possible les internements après passage au service libre ; ainsi sur 138 malades, on n'a dû recourir à l'internement que pour 24, dont 10 après un séjour de plus d'un mois, et ceci pour un temps limité à l'égard de certains malades temporairement agités qui regagnaient le service libre dès que cela était jugé utile.

A ce sujet, nous devons signaler ici que, dans la nécessité d'un internement, il était toujours fait appel à la famille afin d'effectuer à tout prix un placement volontaire en accord avec elle et d'éviter un placement d'office automatique dans le cas où l'on ne fait pas intervenir la famille ou un ami répondant du malade. Et de même ceci facilite la possibilité de persuader le malade de la nécessité d'un tel changement, au lieu de le mettre brutalement devant le fait accompli, chose qui peut être funeste en bien des cas au développement ultérieur de la maladie.

D'autres malades entraient dans le service comme convalescents sortant du service fermé, alors que leur état ne nécessitait plus une surveillance spéciale et qu'ils avaient recouvré leur lucidité, mais

avaient encore besoin de soins et de repos. Tels furent les cas de deux malades atteints de dépression profonde dont l'une, dont nous rapporterons l'observation, se manifestant sous la forme schizophrénique, avait pu faire croire à une atteinte plus grave.

Obs. I. — M. F..., 17 ans, est entré au service fermé venant du Val-de-Grâce, où l'on avait posé le diagnostic de démence précoce devant un état caractérisé par de l'anxiété, hallucinations oniriques, mutisme et opposition complète et survenu à la suite de fatigue et de surmenage dans la préparation d'un examen.

Au moment de son entrée dans le service en 1939, il était considéré comme incurable par son entourage et son père, lui-même médecin militaire, jugeait ses visites inutiles.

En réalité, après un examen minutieux et une observation attentive, on a constaté qu'il s'agissait d'un état dépressif atypique consécutif à surmenage au milieu de difficultés d'ordre familial et éducatif, et nous fîmes un pronostic tout différent. Peu à peu, grâce à une psychothérapie affectueuse, sous la direction de M^lle^ la doctoresse Leuret, remplaçant alors le docteur Baruk mobilisé, après reprise des visites par la famille, le malade s'est rétabli.

Il est passé au service libre le 1^er^ mars 1940, car encore sensible et fatiguable on doit encore s'occuper de lui au point de vue médical et rééducation intellectuelle. Par ailleurs un conflit d'ordre religieux dans sa famille (le père est protestant et la mère catholique) est aplani.

Le malade, sorti complètement guéri le 14 avril 1940, est entré dans une congrégation de Jésuites ; en parfaite

santé, il accomplit depuis une œuvre importante dans les Missions en Afrique du Nord.

Des malades cyclothymiques ou maniaques purent bénéficier également d'un séjour au service ouvert au moment où l'atmosphère du service fermé était pour eux pénible, mais où il restait à faire la preuve que leur accès était passé et non susceptible d'une rechute proche.

Obs. II. — M. H... est un jeune homme de dix-sept ans, de famille cyclothymique, dont la sœur a déjà été internée plusieurs fois dans le service du Dr Daday, à la Maison Nationale de Saint-Maurice.

Il a présenté un tableau d'apathie complète, avec indifférence affective, repliement total sur lui-même, effondrement de l'activité qui avait fait porter le diagnostic de schizophrénie, pour lequel il est interné à Saint-Maurice le 5 août 1937. La famille insistait pour le traiter par les chocs, ce à quoi naturellement nous nous opposâmes, mais brusquement, au bout de sept mois, à la suite d'une angine banale, le malade a repris son activité normale en quelques jours ; aussi nous le passons au service libre le 30 mars 1938 pour lui permettre son adaptation à la vie.

Sorti le 24 avril 1938, ce jeune homme a repris ses études et passé son baccalauréat. Malheureusement, plusieurs années après il fit un nouvel accès du type mélancolique au cours duquel il se serait suicidé.

Un autre malade éthylique, interné au cours d'un accès confusionnel toxique, a pu faire traiter au service ouvert une cirrhose concomittante tout en achevant une désintoxication.

Deux paralytiques généraux améliorés par le traitement au stovarsol, ont repris contact peu à peu après leur passage au service libre et sont sortis un mois après pour reprendre une vie sensiblement normale.

Enfin, quelques malades entraient directement au Pavillon Raynier envoyés par des confrères des hôpitaux ou des asiles ou maisons de santé.

Quel genre de malades furent admis dans le service ? Il est difficile d'énumérer et de classer les types de psychopathes justiciables, d'une part de la cure libre, d'autre part du service fermé. Ce sont le plus souvent des cas d'espèce, d'où l'importance de la sélection à l'entrée par la consultation externe.

Nous ne saurions mieux faire pour donner une idée que de publier un tableau récapitulatif notant les diagnostics généraux, le nombre de chaque cas et de plus un aperçu des résultats enregistrés.

DIAGNOSTICS	ENTREES	SORTIES			
		Guérison ou nette amél.	Même état	Internés	Décès
PSYCHOSES :					
Etats dépressifs	40	28	5	7	
Psychoses périodiques ..	7	3	1	3	
Affaiblissement sénile ou pré-sénile	5	3		2	
Déséquilibre mental	5	3		2	
Débilité mentale	4	1	3		
Pithiatisme	4	4			
Schizophrénie	4	1		3	
Schizoïde avec hallucinations	2		1	1	
Mélancolie	1	1			
Anorexie mentale	1	1			
Confusion mentale toxique érythrodermie arsénicale	1				1
NÉVROSES :					
Ethylisme	13	10		3	
Toxicomanie	4	3	1		
Psychasthénie, obsessions.	14	13	1		
Vomissements névropathiques	1	1			
Narcolepsie	1	1			
CAS NEUROLOGIQUES ET AFFECTIONS ORGANIQUES :					
Paralysie générale	8	5		2	1
Epilepsie	5	5			
Siphylis nerveuse, artériosclérose, épilepsie	1		1		

DIAGNOSTICS	ENTREES	SORTIES			
		Guérison ou nette amél.	Même état	Internés	Décès
Coenesthopathies avec paralysie faciale	1	1			
Aphasie	1		1		
Sclérose latérale amyotrophique	1		1		
Syndrome pseudobulbaire, ramolissement cérébral.	1				1
Hémiplégie, ramollissement cérébral	1				
Paralysie périodique	1	1			
Sclérose en plaques	1	1			
Arachnoïdite, céphalées ..	1	1			
Syndrome strié, épilepsie extra-pyramidale	1		1		
CAS MÉDICAUX :					
Etat confusionnel néphrite albuminurique ..	1			1	
Anxiété, néphrite azotémique	1	1			
Ulcus gastrique (l'un avec toxicomanie)	2		2		
Ostéomyélite chronique, insomnie névralgique ..	1		1		
Douleurs du genou post-traumatique	1	1			
Troubles neuro-végétatifs.	2	2			
	138	91	19	24	4

Il apparaît nettement qu'une catégorie de maladies domine les autres par son importance numérique : celle désignée sous le vocable assez général de « Etats dépressifs » qui s'inscrit au tableau pour le chiffre de 40 sur 138 malades, soit presque le tiers des cas. Bien que cette désignation cache diverses variétés de syndrômes voisins, il est logique que tous ces malades soient clientèle habituelle du service ouvert : ils sont généralement peu délirants, rarement impulsifs et, en général, ont surtout besoin de repos prolongé, mais dans un milieu calme et surtout différent de celui qui les entoure habituellement, soit dans leur travail, soit dans leur famille. C'est surtout lorsque ces états dépressifs se compliquent de phénomènes anxieux (parfois avec idées de suicide) ou hallucinations, d'un délire d'interprétation, que l'on est obligé de recourir à l'internement. Il est à noter justement ici que ces dépressions atypiques ou compliquées sont souvent le résultat de l'impossibilité de se soigner au stade de début de la maladie (alors que l'internement ne se justifie pas) dans un service ouvert le mieux adapté aux conditions de leur traitement efficace.

Quelques cas de psychoses périodiques ont pu être admis dans le service, le plus souvent avant ou après internement ; il s'agissait en général de malades présentant des crises de manie plus ou moins caractérisées et pour lesquels l'atmosphère du service libre était plus favorable lors des périodes de rémissions. Nous pouvons d'ailleurs signaler ici le cas d'un malade entré directement dans le service ouvert pour

un état de dépression qui n'était que la période prodromique d'une crise de manie aiguë qui nécessita son internement quelques jours après.

Obs. III. — M. C..., trente-quatre ans, comptable, a présenté, à la suite d'une grippe en janvier 1937, un état caractérisé par fatigue, dégoût de son métier, instabilité (qui l'a conduit à changer de profession plusieurs fois en deux mois), changement de caractère.

Il est pris brusquement, dans la nuit du 24 au 25 avril d'un état d'agitation avec délire au sujet de sa fille qu'il croit malade ; hallucinations auditives, céphalée.

Il est admis au Pavillon Raynier le 27 avril, alors que l'on pensait à des bouffées délirantes chez un déprimé, ce qui pouvait se justifier suivant les antécédents.

Mais son agitation augmentant très vite, on doit le passer au service fermé dès le lendemain.

Le certificat de vingt-quatre heures note :

« Excitation psychique et psychomotrice avec automatisme mental et verbal, déroulement incoercible du cours de la pensée, sentiment d'influence, anxiété ».

L'internement était bien justifié et on note dans le certificat de quinzaine :

« M. C... est atteint d'excitation maniaque avec logorrhée, fuite des idées, chants, excitation psychomotrice, hyperminie, insomnie. A maintenir ».

Ce malade a d'ailleurs guéri complètement deux ans après.

Observation qui illustre bien la difficulté de la sélection à l'entrée.

Cinq vieillards aux facultés affaiblies ont pu trouver dans le service une atmosphère mieux adaptée à

leur comportement ; deux durent être internés peu de jours après pour aggravation de leur état confusionnel. Nous rapporterons à ce sujet une observation curieuse qui montre en même temps l'utilité du service ouvert dans certains cas particuliers.

Obs. IV. — M. L..., 63 ans, a dû être admis au service fermé en décembre 1933 pour « affaiblissement sénile léger portant surtout sur le contrôle de l'affectivité, troubles sexuels ».

En réalité, la cause de l'internement était dû à un épisode sexuel fâcheux et une observation longue et approfondie a montré que, cet incident oublié, le malade, musicien de talent, a conservé des facultés intellectuelles à peu près intactes.

Mais sa femme a poussé les choses de façon à éviter sa sortie ; elle avait même imaginé, quelque temps après l'internement de son mari, cette chose invraisemblable d'envoyer à tous ses amis un faire-part du décès de son mari. Ce n'est qu'incidemment, et plusieurs années après, que le docteur Baruk apprit ce subterfuge ; il se rendit alors à la Préfecutre où la lecture du dossier lui apprit que la femme du malade y avait fait ajouter des rapports fantaisistes sur la conduite du malade et sur des incidents qui se seraient passés dans le service, faits qui, après enquête sévère, et confrontation de la femme, se révélèrent dénués de tout fondement mais qui avaient incité les services de la Préfecture à refuser la sortie.

Les choses étant remises au point, la sortie fut obtenue, mais on s'aperçut qu'on ne pouvait plus la rendre effective car la femme du malade avait vendu ses meubles et cédé le loyer de son appartement.

Ce fut ainsi que l'on envisagea de faire entrer le malade au service libre le 27 avril 1937 en attendant que soient réglés avec sa femme toutes les questions matérielles relatives à sa reprise de sa vie normale ; son séjour jusqu'en septembre était en même temps favorable à une réadaptation à la liberté qu'il avait pu croire perdue.

Dans cinq cas de déséquilibre mental, se manifestant surtout par des troubles constitutionnels du caractère dans le milieu familial, l'internement ne se justifiait pas ; mais ces malades purent être améliorés par un séjour au pavillon Raynier, les séparant pour un temps de leur milieu familial, cause de manifestations inopportunes répétées ; la surveillance discrète suffisait à éviter ces manifestations jusqu'à l'amélioration progressive de leur état. Deux durent être internés à la suite de fugues. Quatre cas de débilité mentale furent admis dans le service d'où un seul est sorti nettement amélioré.

Quatre cas de pithiatisme guérirent parfaitement le plus souvent rapidement et un seul au bout de onze mois.

Obs. V. — M. S..., âgé de trente-sept ans, a été commotionné en 1918 par un obus qui l'a projeté au loin, occasionnant une chute sur la tête. Très peu de temps après et à de nombreuses reprises depuis, il a présenté des crises se manifestant sous la forme de vertiges au cours desquels il perdait plus ou moins conscience et se produisant surtout à la suite de contrariétés ou de surmenage. Céphalées intenses accompagnant les périodes de crises.

Plusieurs périodes de dépression concomitantes à ces périodes de crises l'obligèrent à interrompre son travail.

Nous ne saurions mieux faire que de donner la description du dernier épisode, à la suite duquel il fut admis à Saint-Maurcie.

Le 13 septembre 1938 il est obligé d'arrêter son travail car il souffre et se sent incapable de réagir : frissons, asthénie, vertiges, maux de tête sans vomissements. Le 14 septembre, se sentant mieux, alors qu'il donnait une explication à l'un de ses enfants il a l'impression de s'évanouir, mais il reste assis ; le visage très congestionné, il perd conscience durant cinq minutes ; regard fixe pendant deux heures. Accès confusionnel onirique et amnésique après une crise cataleptique.

Hospitalisé à Saint-Germain ; subitement, au bout de deux mois, à la suite d'un bruit de porte, il se retrouve au moment de sa crise première, demande si les enfants ont fait leurs devoirs, et se retrouve à l'état normal, avec un peu d'amnésie cependant.

Peu après va consulter à H.-Rousselle, d'où le docteur Genil-Perrin l'envoie au service libre de la Maison Nationale de Saint-Maurice, où il entre le 14 janvier 1938.

Il présente alors un tremblement continu, surtout intense du côté droit, tremblement rapide, menu, mais sans caractère neurologique précis.

L'examen oculaire montre une diminutino concentrique du champ visuel avec hypermétropie.

Plusieurs traitements ont été institués : scopochloralose, ionisation à l'histamine sans résultats.

On institue un traitement par le venin de cobra ; dès la troisième injection, l'amélioration survient et la guérison s'obtient dès la première série. Les maux de tête qui persistaient depuis vingt ans ont disparu, de même

que le tremblement : le malade pu faire des dessins à la plume. De plus, ses troubles visuels ont rétrocédé presque complètement.

Ce malade est sorti le 26 février 1938, soit au bout de six semaines, et a pu reprendre normalement son travail un mois après.

Dans quatre autres cas de schizophrénie, trois ont dû être internés après manifestation évidente de leur maladie qui se présentait d'abord sous forme de dépression ; un autre venant du service fermé après nette amélioration, est sorti rapidement complètement guéri.

Deux shizoïdes hallucinés admis dans le service y séjournèrent peu, l'un fut interné, l'autre fut retiré par sa famille quinze jours après son entrée.

Un cas de mélancolie et un cas d'anorexie mentale guérirent très bien après avoir séjourné d'abord au service fermé, puis au pavillon Raynier.

Obs. VI (1). — Le jeune C..., dix-neuf ans, a été interné le 11 juin 1934 pour « névrose dysphagique avec impossibilité de l'alimentation, vives réactions émotives, troubles de l'affectivité, cachexie, dénutrition ».

Ces troubles dysphagiques persistaient depuis plus de deux ans et le malade était suivi à la consultation externe depuis le 7 mai 1934. Des traitements à domicile avaient été tentés : sédatifs, puis scopo-chloralose sans succès. Finalement on dût recourir à l'internement

(1) H. Baruk et R. Cornu : Un cas de névrose dysphagique. Analyse psychologique et physiologique. Action thérapeutique du scopo-chloralose. (*Annales Méd. Psych.*, juillet 1935.)

(le service libre n'étant pas encore créé) en raison de l'amaigrissement extrême nécessitant l'usage de la sonde.

Dans le service il subit un traitement au scopo-chloralose durant lequel on fait quelques réflexions psychothérapiques. Dès le lendemain le malade est tellement amélioré qu'on supprime la sonde ; il est bientôt à peu près guéri, car s'il n'est pas encore complètement débarrassé de ses troubles (son meilleur repas est celui du matin) le malade peut sortir le 7 juillet 1934.

Par la suite il a été suivi à la C. E., car une partie de ses troubles persistaient à tel point qu'il fut nécessaire à deux reprises de l'admettre au pavillon Raynier enfin ouvert, du 18 juin au 2 août 1935, puis du 3 au 7 juillet 1937. Après chaque séjour retentissant favorablement sur son émotivité persistante, le malade a pu reprendre son travail. Depuis il est complètement guéri et est maintenant marié.

Enfin, un malade entré dans le service pour confusion mentale toxique due à un traitement antisyphilitique ayant provoqué également une érythrodermie arsénicale grave est décédé trois jours après.

Tous ces cas rapportés ci-dessus ont été réunis dans notre tableau sous la dénomination générale de psychoses et représentent plus de la moitié des malades traités dans le service ouvert de la Maison Nationale de Saint-Maurice. Nous aborderons une autre catégorie de maladies qualifiées de névroses parce qu'elles sont la conséquence d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique.

Quatorze asthéniques avec souvent obsesssions ont été traités heureusement dans le service grâce surtout à l'atmosphère de repos et de détente du pavillon et une médication adjuvante stimulant quelques insuffisances organiques.

Treize éthyliques sont entrés dans le service soit pour simple désintoxications, soit le plus souvent à la suite de manifestations confusionnelles oniriques ou dépressives ; pour trois d'entre eux, on a dû recourir à l'internement. De même que pour quatre toxicomanes (morphine ou héroïne), rien n'était mieux adapté au traitement de ces éthyliques que le séjour dans un service libre.

Obs. VII. — M. S... se présente le 8 avril 1939 pour entrer au Pavillon Raynier afin de « poursuivre son traitement sous contrôle médical », selon sa propre expression.

Il s'agit d'un homme d'affaire qui, menant une vie très active, s'était laissé entraîné à boire d'une façon régulière et immodérée. De fait, il a depuis trois ou quatre ans des troubles caractéristiques avec amnésie portant surtout sur les fonctions d'évocation, sommeil agité, variations de l'humeur et du caractère ; l'examen montre un tremblement des extrémités digitales, et douleur à la pression des masses musculaires.

M. S... a dû interrompre son travail à plusieurs reprises mais n'a pas réussi à se débarrasser complètement de ses mauvaises habitudes. C'est pourquoi, conscient de son état, il s'est présenté spontanément pour « faire un traitement plus sérieux ».

De fait, trois mois de séjour au service libre ont suffit à atténuer ses troubles pour arriver à une guérison complète sous réserve d'une tempérance persistant après sa sortie.

Une autre catégorie de malades rassemble 23 cas neurologiques ou affections organiques à manifestations névropathiques ou psychiques.

Huit paralytiques généraux ont été admis dans le service au moment où ils ne présentaient pas ou plus de troubles marqués, et cinq purent sortir après le succès du traitement au stovarsol ou de la malariathérapie ; deux durent être internés et le dernier est décédé dans le service.

Cinq épileptiques avec troubles mentaux atténués ont été améliorés après leur passage au pavillon Raynier.

Enfin des maladies neurologiques diverses, souvent du plus haut intérêt, furent l'occasion d'observations approfondies au cours d'un séjour dans le service ouvert. Il s'agissait en général de malades présentant des troubles psychiques plus ou moins atténués au cours de maladies neurologiques graves et envoyés par des confrères des hôpitaux ou de province pour étudier ces troubles ou même préciser les diagnostics purement neurologiques.

On pourrait peut-être nous reprocher de concurrencer le neurologue spécialisé, mais n'est-il pas vrai que la neurologie est du plus haut intérêt pour le psychiâtre ? Et d'ailleurs nous avions nous-mêmes recours à la haute compétence de nos collègues des

hôpitaux dans des cas difficiles à préciser, en demandant des examens supplémentaires comme ce fut le cas dans l'observation suivante fort intéressante.

Obs. VIII. — M. D..., âgé de trente-deux ans, est examiné à la C.E. le 31 juillet 1937 ; il nous est adressé par un médecin de province,ancien interne du service, qui nous demande de préciser l'origine de troubles myocloniques survenus à la suite d'une poussée de furonculose. Un spécialiste local consulté avait porté le diagnostic de névraxite.

L'examen pratiqué ce jour-là note :

— Atrophie, type Aran Duchêne, du membre supérieur gauche ;
— Contractions fibrillaires des deux côtés ;
— Exagération des réflexes tendineux avec clonus du pied bi-latéral ;
— Réflexe cutané plantaire en flexion ;
— Réflexes pupillaires normaux.

Début des troubles deux mois plus tôt par sensation de froid dans la main gauche et diminution de la force musculaire du membre supérieur gauche.

Le malade est admis au Pavillon Raynier le 2 août 1937 pour un examen plus minutieux qui confirme le diagnostic déjà entrevu de sclérose latérale amyotrophique. Un traitement est institué et le malade est renvoyé chez lui avec indications thérapeutiques.

Par la suite, nous le revoyons périodiquement à la C.E. jusqu'en novembre 1938 où, devant l'aggravation et l'extension des symptômes et un état dépressif compréhensible chez ce pauvre jeune homme, nous l'admet-

tons une seconde fois pour refaire un examen complet et instituer un nouveau traitement.

C'est dans ce but que nous l'envoyons en consultation auprès du Dr Bourguignon, à la Salpêtrière, demandant un examen électrique et un conseil thérapeutique.

Tant l'examen clinique que la diminution de certaines chronaxies jointe à des dégénérescences partielles ou parcellaires avec signes chronaxiques pyramidaux et atteinte des muscles de la langue ne permettent pas de faire un autre diagnostic que celui de la Maladie de Charcot.

Au point de vue thérapeutique, on conseille un traitement par diélectrolyse trans-vertébro-médullaire de calcium avec ingestion de chloro-calcium.

Plusieurs séries furent faites au cours de son séjour dans le service et le malade est rentré chez lui le 14 février 1939.

Nous ignorons malheureusement ce qu'il est devenu par la suite.

Une autre observation également fort intéressante rapporte un cas de paralysie périodique associée à une dépression périodique.

Obs. IX (1). — M. G..., trente ans, nous est adressé le 14 août 1937, venant de Constantine, pour des crises de paralysie transitoires et brusques persistant depuis douze ans. (Son frère est mort à l'âge de dix-huit ans, un an après l'apparition de crises analogues.)

---

(1) Baruk et Poumeau-Delille. — A propos de deux cas de paralysie périodique. Syndrome périodique à forme nerveuse ou mentale. (*Revue neurologique*, décembre 1937.)

Ces crises se manifestaient sous la forme suivante : la plupart du temps à l'occasion d'une fatigue, d'une contrariété, souvent sous l'influence du froid, le malade, après avoir éprouvé une sensation de gêne, d'angoisse, ou plus simplement de fatigue, se trouvait brusquement complètement paralysé avec impossibilité de faire aucun mouvement. En même temps il éprouve une sensation de « ratatinement » de « corps dans un étau » ; ou bien il sent son corps « flasque comme un polichinelle ».

Ce malade est admis au pavillon Raynier pour observation minutieuse : l'examen neurologique est complètement négatif. Les épreuves de laboratoire montrent :

Métabolisme basal	5,3
Réserve alcaline	68,4
Calcimie	0,100
Potassémie	0,223
Glycémie	0,70

On conclue à une Maladie de Landry et on institue un traitement par l'acide phosphorique (potion de Joulie).

Le malade sort le 25 août 1937 avec traitement à poursuivre.

Le malade nous donne des nouvelles jusqu'en décembre 1937, époque à laquelle il se sent nettement mieux, aucune crise n'ayant jamais plus reparu à cette époque.

Un autre malade hospitalisé en cure libre a fait l'objet d'un article de la revue neurologique d'avril 1936 intitulé : « Epilepsie extra-pyramidale avec crises pseudo-émotives et polypnée paroxystique. Diagnostic différentiel avec les crises psycho-motrices hystériques » et publié par les docteurs H. Baruk et Poumeau-Delille.

Nous rapporterons encore une observation d'un malade atteint de céphalées intenses et rebelles pour lesquelles le seul traitement vraiment efficace fut la cure de repos absolu au service libre de Saint-Maurice.

Obs. X (1). — M. M..., âgé de vingt-neuf ans, est un jeune instituteur qui a présenté, à la suite de surmenage, des céphalées très violentes avec irritabilité et hyperémotivité considérable ; également de temps en temps des crises nerveuses de type pithiatique du genre de crise d'énervement

Hospitalisé à la Salpêtrière, on a fait le diagnostic d'arachnoïdite; il a été opéré par le Dr Petit-Dutaillis, qui a constaté effectivement une arachnoïdite de la région frontale. L'intervention a amené une amélioration mais troubles nerveux et céphalées persistent.

Le malade entre le 16 mars 1936 dans le service libre, où on fait un traitement hygiénique et sédatif doux, auquel on associe le scopo-chloralose ; on s'occupe également de lui au point de vue affectif et moral.

De semaines en semaines son état s'améliore et le malade sort le 30 juillet 1936 pour un long repos à la campagne de cinq à six mois.

Guéri totalement, il a repris ses fonctions et aux dernières nouvelles en janvier 1946 il est instituteur aux colonies et en parfaite santé.

Enfin, une dernière série de huit malades a trait à des cas purements médicaux auxquels s'associaient

(1) H. Baruk, Aubin et Schmitte. — Crises nerveuses d'apparence névropathique dans un cas d'arachnoïdite. (*Annales Méd. Psych.*, janvier 1937.)

des troubles dépressifs ou névralgiques. Nous signalerons un état confusionnel symptomatique d'une grosse albuminurie persistante ayant nécessité l'internement au bout de deux ans et demi ; un état dysphagique en ayant imposé pour une démence avec refus d'aliment, alors qu'un examen minutieux a montré l'existence d'un ulcus gastrique justifiant la crainte du malade de s'alimenter : erreur de diagnostic rapidement reconnue et le malade fut évacué pour intervention chirurgicale.

Enfin, nous rappellerons pour terminer une observation fort intéressante d'un cas de céphalée rebelle sans étiologie organique admirablement guéri en cure libre.

Obs. XI. — M. V..., présentait une déviation de la cloison nasale compliquée d'un coryza spasmodique. Puis, à la suite d'une période de surmenage sont apparues des sensations de gêne angoissée, insomnie, anxiété, quelques céphalées.

Les troubles étant attribués à sa déformation nasale, on le fait opérer, l'intervention étant complétée par la ponction d'un sinus d'ailleurs blanche. A la suite de l'opération, le malade, déjà très émotif, est pris de céphalées d'une violence extrême ; il s'affole et finalement entre à la Pitié en neuro-chirurgie, où l'on devait lui faire une ventriculographie.

La veille il a peur et se sauve de l'hôpital. Il vient consulter à Saint-Maurice où on le prend en observation au service libre.

En réalité, il ne s'agit pas d'une affection organique ou d'hypertension intra-cranienne, mais d'une de ces

variétés de céphalées dépressives et réflexes très pénibles qui doivent être traitées par le repos prolongé.

De fait, après cinq mois d'une simple cure de repos sans traitement médicamenteux intensif il a guéri complètement. Nous avons vu ce malade à plusieurs reprises depuis à la C.E., car ses troubles réapparaissent à l'occasion de périodes de fatigue.

Nous ne prétendons pas par cette longue énumération de maladies diverses faire une discrimination absolue des cas justiciables des services ouverts, chacun nous le répétons est un cas d'espèce, la règle générale étant qu'il ne faut admettre dans un tel service que des malades lucides, non agités, ne nécessitant pas une surveillance aussi assidue quant aux risques de violences, évasion, suicide.

En ce qui concerne les résultats, nous ne leur attribuons pas non plus une valeur absolue : un certain nombre de malades ont pu quitter le service malgré l'avis du médecin pour convenances personnelles, d'autres sortis améliorés ou guéris n'ont pas pu toujours être suivis suffisamment pour garantir ces résultats.

Nous nous plairons seulement à rappeler que notre statistique de genres de malades et résultats thérapeutiques se rapproche sensiblement de celle enregistrée récemment au Service libre de la Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne et rapportée par le Dr Rondepierre à une séance récente de la Société Médico-Psychologique (1).

---

(1) M. Rondepierre. — Trois ans de fonctionnement d'un service libre. (*Annales Médico-psychologiques*, février 1946.)

Nous déplorerons en terminant que les circonstances de ces dernières années n'aient pas permis de réouvrir le Service ouvert de Saint-Maurice. Malgré tous ses efforts et de multiples démarches, le Dr Baruk n'a pas pu obtenir jusqu'à maintenant cette réouverture, se heurtant pour cela à de nombreuses difficultés d'ordre administratif et surtout financier. Nous pensons pourtant combien cette mesure nous paraîtrait utile et urgente, notre propre expérience de nos deux années d'internat à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice nous ayant montré en maintes occasions la nécessité d'un tel service.

De diverses conceptions de Services Ouverts

Nous avons esquissé brièvement au cours de ce chapitre sur le fonctionnement du Pavillon Raynier de la Maison Nationale de Saint-Maurice les principes de la réalisation d'un service libre pour psychopathes ; nous avions déjà rappelé dans le chapitre précédent qu'un certian nombre de services analogues avaient déjà été réalisés et d'autres l'ont été depuis, mais suivant des conceptions différentes qui peuvent se ramener à deux genres.

Dans un premier genre, suivant en cela l'opinion de Porot (1), on doit diviser les aliénés en deux catégories dont chacune sera admise dans un établissement distinct.

D'une part, les malades aigus considérés comme curables seront traités dans des services ouverts de façon à leur éviter l'internement qui pourrait leur être préjudiciable après leur guérison et leur sortie.

D'autre part, les malades chroniques ou incurables, soit qu'un essai de traitement fixé pour une période plus ou moins longue ait conduit à les considérer

---

(1) Porot. — Organisation des services de psychiatrie du gouvernement général de l'Afrique du Nord. (*Annales Méd. Psych.*, novembre 1934.)

comme incurables, soit que d'emblée le diagnostic d'incurabilité ait été posé suivant le genre de maladie, seront admis et internés dans des établissements où l'on se contentera de leur assurer des conditions convenables d'existence matérielle suivant leur état.

Cette conception est un renouvellement de la thèse allemande proposée pour la première fois par LANGERMANN, puis développée et préconisée par RUEIL au début du XIXe siècle, thèse déjà réfutée par PARCHAPPE (1).

Cette théorie est encore élargie par le Dr HEUYER qui veut admettre en cure libre soit dans des annexes des hôpitaux généraux, soit dans des hôpitaux psychiâtriques, tous les malades mentaux ; seulement ceux qui présentent des réactions dangereuses pour eux-mêmes ou pour autrui ou ceux qui, en état de démence complète, sont considérés comme absolument incurables doivent être internés dans des établissements spéciaux.

Nous ne pensons pas qu'il doive en être ainsi ; en effet, tous les psychiâtres sont d'accord pour admettre qu'il est fort difficile très souvent de faire le pronostic sûr d'une maladie mentale. Sur quoi se baser pour faire une telle distinction ?

Un essai de traitement pendant une période plus ou moins longue, par exemple six mois, un an, ne donne aucune certitude, nous avons vu nous-mêmes

(1) PARCHAPPE. — Des principes à services dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés.

parmi les observations citées plus haut, des malades atteints de simple dépression, ou même de manie aiguë (observation n° III) guérir au bout de deux ans après traitement, soit en cure libre, soit dans les deux services successivement.

Même certaines psychoses réputées incurables comme la démence précoce sont susceptibles de guérison plus ou moins brusque à très longue échéance et nous pourrions citer des malades restés pendant des années en état de démence complète qui ont guéri brusquement alors qu'il ne semblait pas devoir subsister d'espoir d'un résultat thérapeutique. Une statistique intéressante a été publiée à ce sujet par le Docteur ZAPHIROPOULOS dans sa thèse rapportant de nombreux cas de malades internés à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (1).

Autre reproche à adresser à cette conception : tous ces malades admis en cure libre sont susceptibles d'agitation entraînant des mesures de précaution (on les attache, on les enferme dans des cellules) ; la plupart protestent et ne se considérant pas comme malades veulent rentrer chez eux (on est obligé de les surveiller étroitement et les portes du service sont fermées à clef). Mais alors ce n'est plus un service libre, il n'y a plus guère de différence avec le service fermé.

Enfin, dans ces établissements complètement distincts, le malade sortant du service d'aigus après un

(1) M. ZAPHIROPOULOS. — Contribution à l'étude de la démence précoce. Statistique des guérisons et rémissions en dehors des thérapeutiques de choc. (Thèse 1939.)

essai de traitement par les moyens les plus rapides mais non pas toujours les mieux indiqués, tels que thérapeutiques de chocs, pour être ensuite enfermé dans l'établissement de chroniques ne sera plus considéré que comme une épave ; et le médecin de ce dernier service, quelle que soit sa compétence, sera incliné à ne le considérer que comme incurable après l'échec des traitements déjà entrepris, alors que parfois une observation plus longue et plus approfondie peut mettre sur la voie d'un nouveau traitement plus heureux. Au contraire, ce malade isolé au milieu d'autres aussi affligés que lui perdra toute lueur de lucidité, se rendra même compte qu'on l'abandonne et peut-être sa dernière chance de guérison lui sera-t-elle enlevée.

Cette conception de l'assistance psychiatrique est souvent trop imbue d'une idée d'utilitarisme inclue dans la thèse allemande et indigne d'un esprit vraiment médical : si le malade est curable donc récupérable, on s'applique à développer tous les moyens de le guérir ; si ces soins se révèlent inefficaces et inutiles, on l'abandonne à son triste sort en se contentant de l'admettre dans un établissement où il pourra continuer à vivre mais aux moindres frais pour la collectivité.

On peut rapprocher de cette conception les réalisations de divers petits services ouverts, le plus souvent annexés à des hôpitaux généraux, qui sont utilisés comme des dépôts d'agités où naturellement les malades sont dans les plus mauvaises conditions de séquestration, ces services ne méritant le qualificatif

« d'ouvert » que parce que les malades ne sont pas soumis aux dispositions de la loi de 1838. RAYNIER s'est élevé contre ces dispositions dans un article paru dans *l'Aliéniste Français* (1).

Dans un deuxième genre de conception du service libre, d'ailleurs réalisé dans sa forme la plus complète à l'Hôpital Henri-Rousselle, le service libre est d'abord un service de triage avant d'être un service de traitement.

Des malades mentaux de tous genres vus d'abord à la consultation sont admis dans les cas difficiles dans un service d'observation libre où ils attendent les résultats d'une étude plus attentive de leur cas, des enquêtes à domicile, des renseignements fournis par la famille pour être ensuite dirigés soit sur le service de traitement en cure libre, soit sur l'asile d'aliénés.

On peut adresser différentes critiques à ce mode d'hospitalisation des psychopathes surtout dans ses applications pratiques telles qu'elles existent à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Ces services de triage ont conduits à admettre des malades très variés dont le mélange devrait être évité ; ceci est dû il est vrai à une trop grande abondance de consultants qui rend impossible un examen suffisamment approfondi, et par suite une sélection rigoureuse qui orienterait directement vers les services qui lui conviennent.

---

(1) J. RAYNIER. — Du dépôt provisoire des aliénés dans les quartiers d'hôpitaux ou d'hospice. De l'exécution des articles 19 et 24 de la loi de 1838. (*Aliéniste Français,* mars-avril 1938.)

Autre reproche grave : les services de traitement de l'Hôpital Henri-Rousselle ne conservent pas toujours leurs malades en cure libre suffisamment longtemps lorsque la guérison ne s'obtient pas rapidement et souvent ils sont internés dans les Asiles de la Seine faute de place dans le service qui les avait pris tout d'abord en traitement. Il est vrai qu'ici ce n'est pas la conception même qui doit être critiquée mais la réalisation pratique ; en effet, le Dr Toulouse, créateur du Centre de Prophylaxie Mentale de la Seine, reconnaît lui-même qu'il a dû prendre cette détermination contre ses idées par suite du manque de place et surtout du manque d'autres services ouverts (1).

C'est pourquoi trop souvent nous avons retrouvé dans notre service fermé de Saint-Maurice des malades venant de Sainte-Anne, Villejuif ou autres asiles psychiatriques de la Seine qui avaient d'abord été traités à l'Hôpital Henri-Rousselle puis internés brusquement alors que leur état était bien plus justifiable du service ouvert ; nous pouvions également nous rendre compte combien ces internements avaient pu, dans un certain nombre de cas, être néfastes à l'évolution de leur maladie.

Qu'on nous permette pour terminer de donner un résumé de notre conception d'un service ouvert, qui correspond à celle réalisée à Saint-Maurice.

---

(1) Dr Toulouse. — Le centre de prophylaxie mentale de la Seine, l'H. P. H. R. (*Prophyl. Ment.*, janvier-juillet 1937.)

Nous pensons d'abord qu'il est souhaitable que le service ouvert soit situé dans le cadre de l'asile d'aliénés sous la direction du même médecin-chef et nous reprenons en cela l'opinion de RAYNIER et BEAUDOIN qui écrivent : « Ces services ont surtout à notre avis leur place marquée dans les asiles et ils constituent une expérience intéressante qu'il semble y avoir lieu de limiter dans une certaine mesure et de ne généraliser pour le faire avec fruit qu'après la constatation des résultats donnés par des essais bien conduits et sans dépenses inutiles. » (1)

Nous avons l'avantage de la spécialisation du médecin qui, par sa propre expérience, établit aisément une sélection entre les malades justiciables du service ouvert et ceux qui le sont du service fermé. En cas de nécessité de passage de l'un à l'autre service, le médecin qui suit le malade à tous les stades de l'évolution de l'affection est plus à même de mieux le connaître et par là d'établir les règles thérapeutiques à observer, sans perte de temps.

De même le rapport avec la consultation externe doit être aussi étroit qu'avec le service fermé. Cette consultation effectuée par le même médecin permet le dépistage et le diagnostic des psychoses et donc le recrutement aussi adéquat que possible dans les deux services ; elle donne également la possibilité de suivre les malades après leur sortie. Il faut souhaiter n'y voir que des malades envoyés par des

(1) J. RAYNIER et H. BEAUDOIN. — L'aliéné et les asiles d'aliénés.

confrères pour aboutir à une véritable collaboration médico-psychiatrique qui n'offre que des avantages ; celle-ci limite le nombre des consultations, éclaire le médecin dans les cas difficiles au lieu de lui faire concurrence, puisque les malades lui sont renvoyés lorsque les indications thérapeutiques ne nécessitent pas l'hospitalisation, ou lorsque le malade après sa sortie a encore un traitement à suivre.

Par ailleurs nous voudrions, et c'est la conséquence de ce qui précède, que ces services soient petits, limités pour permettre au médecin de suivre plus attentivement chaque malade. Mais comment alors éviter comme à Henri-Rousselle des internements inutiles mais auxquels on se résigne par suite du manque de place ? Il faut alors obtenir l'appui des Pouvoirs Publics en vue de multiplier ces services ouverts qui n'existent pas encore partout en province et sont insuffisants à Paris.

De même, il n'est pas inutile de rappeler ici qu'il est presque aussi nécessaire d'augmenter le nombre des asiles d'aliénés où trop souvent on voit encore des services de 500, 800 malades même, sous l'autorité du même médecin-chef qui se trouve alors dans l'impossibilité matérielle de faire l'étude approfondie des cas individuels au double point de vue psychologique et médical, étude qui constitue l'unique façon efficace de faire de la psychiatrie.

Il faut également que les services libres soient des services de traitement et non des services de triage qui ont l'inconvénient de trop mélanger les malades.

Ils y resteront aussi longtemps que le nécessiteront leurs soins.

Enfin pour maintenir dans ces services une atmosphère de calme et de repos qui est souvent à la base de leur traitement, ces psychopathes ne seront pas admis suivant des catégories nosologiques bien tranchées, mais on tiendra surtout compte dans cette appréciation de leur genre de comportement ; malades calmes, lucides, non protestaires pour lesquels une surveillance assidue n'est pas nécessaire.

Mais, surtout, que ces services soient vraiment libres et ouverts ; aucune contrainte n'y sera de mise ; les malades rentreront spontanément sans aucune autre formalité que celles exigées dans un hôpital ordinaire. Leur maintien ne sera basé que sur la confiance en l'avis du médecin et ils pourront sortir à leur gré ; ce n'est que dans des circonstances qui doivent rester exceptionnelles que nous aurons recours à un internement et autant que possible après entente avec la famille pour éviter un placement d'office. Naturellement cette liberté des malades sera quand même limitée à une certaine discipline nécessaire à la bonne marche du service : présence obligatoire des malades à la visite et aux repas, exécution des prescriptions thérapeutiques ; toute absence prolongée doit être justifiée par une permission du médecin-chef. Que les expériences de services ouverts se généralisent et nous y verrons les symptômes d'une meilleure organisation psychiatrique. Que les pouvoirs publics nous aident à faire

bénéficier de nombreux malades de toutes les classes sociales d'un mode d'assistance justement adapté à leur état. Le service de Saint-Maurice ne fonctionnait que pour les malades payants, ce qui entraînait des difficultés dans le recrutement. Pourquoi leur refuserait-on l'entrée de ces services sous prétexte que leurs moyens financiers ne leur permettent pas de payer le prix des journées ? Il est inadmissible qu'ils ne puissent bénéficier d'une hospitalisation gratuite accordée aux autres malades généraux impécunieux.

Sans doute ainsi, notre pays qui a déjà tant fait il y a plus d'un siècle pour poser les bases d'une assistance psychiatrique saura rester digne de ses glorieuses traditions. Déjà au début de ce siècle, la France fut une des premières à déclancher un mouvement en faveur des services ouverts ; depuis ces services ont eu de nombreuses réalisations à l'étranger mais trop peu en France où nous ne voudrions pourtant pas nous laisser distancer.

Il est urgent, après notre retard accentué encore par les douloureux événements de cette dernière guerre à qui l'on doit malheureusement une recrudescence des troubles psychiques et mentaux chez trop de Français sortis vivants de mille dangers, tels surtout nos anciens prisonniers et déportés, que cette fameuse réforme de la loi de 1838 soit enfin réalisée. En ce qui concerne spécialement les services ouverts quelques expériences ont été concluantes. Et comme le rapporte M. R. Charpentier dans un article récent

(1) : « Le moment n'est-il pas venu d'en faire davan-
« tage ? Ce qu'il faut envisager maintenant, ce n'est
« pas comme cela a pu se produire dans le passé,
« la création de services isolés pour des individua-
« lités médicales s'imposant par leur renommée ou
« leur inuflence. Rendant l'hommage qu'ils méritent
« à des précurseurs qui ont su ouvrir des portes, et
« par leurs initiatives, par leur action éclairée, bien-
« faisante, continue, apporter la preuve de résultats
« acquis pour le bien des malades et l'amélioration
« de l'assistance, ce qu'il faut maintenant, ce sont
« des mesures d'ordre général, s'appliquant à toute
« la France, c'est une refonte complète de l'assis-
« tance psychiatrique. »

---

(1) R. CHARPENTIER. — Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de la loi de 1838. (*Annales Méd. Psych.*, octobre 1944.)

CONCLUSIONS

I. - Nous avons dans un bref historique rappelé les origines du mouvement en France en faveur des « Services Ouverts ».

II. - Un exemple de réalisation au Pavillon Raynier de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice a montré comment nous envisagions l'aménagement d'un service ouvert.

Son fonctionnement durant cinq ans donne un aperçu des variétés de malades admis ainsi que des résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus.

Sur 138 malades :

91 soit 65,3 % sont sortis guéris ou tout au moins nettement améliorés.

19 soit 13,6 % sont sortis sans résultats positifs, soit à cause d'un trop bref séjour soit parce que évacués sur d'autres services.

24 soit 17,3 % ont dû être internés.

4 soit 2,8 % sont décédés.

III. - Après différentes critiques faites à diverses conceptions de S. O. nous avons conclu qu'ils devaient être :

1. - De petits services de *traitement*.
2. - Annexés à chacun des hôpitaux psychiatriques sous la direction du même médecin-chef spécialisé groupant sous sa direction : la consultation externe, le service ouvert et le service fermé.
3. - Ils ne devront recevoir que des malades classés minutieusement non d'après les variétés nosologiques mais d'après leur comportement : lucides, calmes et non protestataires. Pourront également être admis des convalescents du service fermé jusqu'à guérison complète et réadaptation.
4. - Ils seront gratuits pour les malades impécunieux au même titre que les hôpitaux généraux ou les asiles.

Enfin, nous terminons par un appel aux Pouvoirs Publics et à tous les psychiâtres pour aider à généraliser le mode d'assistance ouvert suivant les réalisations qui auront obtenu satisfaction.

Vu : *le Doyen*,
A. BAUDOUIN.

Vu : *le Président de Thèse*,
JOANNON.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ABELY (X.). — Rapport concernant les projets de réformes de la loi du 30 juin 1838 pour les aliénés. (*Annales Médico-Psych.*, mars 1945.)

BARUK (H.). — La question des services ouverts et l'évolution de la psychiatrie médicale. (Thiron et Cie, 1933.)

— Psychiatrie médicale physiologique et expérimentale. (Masson et Cie, 1938.)

— Quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838 et sur les services libres. (*Annales Méd. Psych.*, octobre 1945.)

BARUK (H.), AUBIN et SCHMITTE. — Crises nerveuses d'apparence névropathique dans un cas d'arachnoïdite. (*Annales Méd. Psych.*, janvier 1937.)

BARUK (H.) et CORNU (R.). — Un cas de névrose dysphagique. Analyse psychologique et physiologique. Action thérapeutique du scopo-chloralose. (*Annales Méd. Psych.*, juil. 1935.)

BARUK (H.) et POUMEAU-DELILLE. — A propos de deux cas de paralysie périodique. Syndrome périodique à forme nerveuse ou mentale. (*Revue neurologique*, décembre 1937.)

BARUK (J.) et BESSIÈRE (R.). — Quelques considérations sur la neuro-psychiatrie de guerre. Service de Sainte-Gemmes, 1914-1918 (Ed. Sirandeau).

CHARPENTIER (R.). — Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique en France. (*Annales Médico-Psychologiques*, octobre 1944.)

ESQUIROL. — Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer. (Mémoire présenté au Ministre de l'Intérieur, septembre 1818.)

— Des maisons d'aliénés.

— Maladies mentales.

GENIL-PERRIN (Dr). — Les origines du mouvement d'hygiène mentale. (*Prophylaxie Mentale*, janvier-juillet 1937.)

GODARD (J.). — La prophylaxie mentale devant le Sénat. (*Journal Officiel* du 30 novembre 1932.)

HAYE (C.) et J. LAUZIER. — L'hygiène et la prophylaxie mentale, bases de l'assistance psychiatrique. (*Aliéniste Français*, novembre 1937.)

HEUYER. — (G.). A propos de la loi de 1838 et de son projet de révision. (*Annales Méd. Psych.*, juil. 1939.)

— Proposition d'une loi concernant les malades mentaux. (*Annales Méd. Psych.*, mars 1945.)

LACROIX-DUPOUIS (Dr). — Les services ouverts dans les asiles. (Thèse 1926.)

PARCHAPPE (M.). — Des principes à suivre dans la formation et la construction des asiles d'aliénés. (Masson, 1853.)

POROT (Dr). — Organisation des services de psychiatrie du Gouvernement général de l'Afrique du Nord. (*Annales Méd. Psych.*, novembre 1934.)

RAYNAUD (Dr). — Des psychopathes et de leur traitement, 1927.

— Du traitement moral dans les psychonévroses. (*Annales Médico-Chirurgicales du Centre*, 18 décembre 1904.)

— Où et comment l'on doit traiter et assister les psychopathes. (*29e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Paris, 25 mai au 1er juin 1925.)

— Quand faut-il interner un aliéné ? (*Annales Méd. Chir. du Centre*, 15 mai 1903.)

RAYNIER (J.). — Du dépôt provisoire des aliénés dans les quartiers d'hôpitaux et d'hospices. De l'exécution des articles 19 et 24 de la loi de 1838. (*Aliéniste Français,* mars-avril 1938.)

— En marge des discussions devant la Société Médicale Psychiatrique sur les malades dits « Petits Mentaux », et la création des « Services Ouverts ». (*Annales Méd. Psych.,* octobre 1922.)

— Rapport d'ensemble de l'inspection générale des services administratifs. (*J. O.* du 12 septembre 1923.)

RAYNIER (J.) et BEAUDOIN (H.). — L'aliéné et les asiles d'aliénés. (Le François, 1930.)

RONDEPIERRE (D). — Trois de fonctionnement d'un service libre. (*Annales Méd. Psych.,* février 1946.)

RUCART (M.). — Circulaire sur l'assistance psychiatrique. (*Aliéniste Français,* novembre 1937.)

TOULOUSE (E.). — Le centre de prophylaxie mentale de la Seine. L'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle. (*Prophylaxie Mentale,* janv.-juil. 1937.)

— Le problème de la prophylaxie mentale. (Mai 1929.)

— Le service ouvert pour les malades mentaux. (Extrait du n° 30 de la *Prophylaxie Mentale.*)

TOULOUSE (E.), DUPOUY (R.), COURTOIS (A.). — Les services ouverts pour psychopathes. (*Prophylaxie Mentale,* mai-déc. 1932.)

TRIVAS (J.). — L'asile d'aliénés et le service pour psychiques de l'hôpital de Niort. (*Aliéniste Français,* janvier 1937.)

ZAPHIRAPOULOS (M.). — Contribution à l'étude de la démence précoce. Statistique des guérisons et rémissions en dehors des théropeutiques de choc. (Thèse 1939.)

TABLE DES MATIÈRES

RAPPEL HISTORIQUE SUR LES SERVICES OUVERTS 9

LE SERVICE OUVERT DE LA MAISON NATIONALE DE SANTÉ DE SAINT-MAURICE 27

DE DIVERSES CONCEPTIONS DE SERVICES OUVERTS 55

CONCLUSIONS 67

BIBLIOGRAPHIE 69

Imprimerie de Persan-Beaumont, 80, av. Wilson, à Persan
21.113 - Dépôt légal 1946 - N° 13